

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
ВИЩИЙ ДЕРЖАВНИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД УКРАЇНИ  
«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**



## **МАТЕРІАЛИ**

**101 – ї**

**підсумкової наукової конференції**

**професорсько-викладацького персоналу**

**Вищого державного навчального закладу України**

**«БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ»**

**10, 12, 17 лютого 2020 року**

**Чернівці – 2020**

УДК 001:378.12(477.85)  
ББК 72:74.58  
М 34

Матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м. Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) – Чернівці: Медуніверситет, 2020. – 488 с. іл.

ББК 72:74.58

У збірнику представлені матеріали 101 – ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького персоналу вищого державного навчального закладу України «Буковинський державний медичний університет» (м.Чернівці, 10, 12, 17 лютого 2020 р.) із стилістикою та орфографією у авторській редакції. Публікації присвячені актуальним проблемам фундаментальної, теоретичної та клінічної медицини.

Загальна редакція: професор Бойчук Т.М., професор Іващук О.І.,  
доцент Безрук В.В.

Наукові рецензенти:

професор Братенко М.К.  
професор Булик Р.Є.  
професор Гринчук Ф.В.  
професор Давиденко І.С.  
професор Дейнека С.Є.  
професор Денисенко О.І.  
професор Заморський І.І.  
професор Колоскова О.К.  
професор Коновчук В.М.  
професор Пенішкевич Я.І.  
професор Сидорчук Л.П.  
професор Слободян О.М.  
професор Ткачук С.С.  
професор Тодоріко Л.Д.  
професор Юзько О.М.  
професор Годованець О.І.

ISBN 978-966-697-843-4

© Буковинський державний медичний  
університет, 2020



без ознак перебудови. У щурів 2 та 3 груп, під час гістологічного дослідження встановлено, що між товстими фібриновими волокнами розташовувалася велика кількість еритроцитів, лейкоцитів, а також залишки зруйнованих клітин.

На 7 добу в тварин 2 та 3 груп ділянка поміж фрагментами кіркового шару була заповнена сіткою молодих кісткових трабекул і фіброретикулярною тканиною. У 1 групі - зона дефекту була виповнена переважно фіброретикулярною тканиною, що перемежувалася з ділянками грануляційної тканини та невеликими залишками кров'яного згустку. Через 14 діб в зоні кісткового дефекту стегнової кістки щурів у всіх досліджуваних групах спостерігалася молода кісткова тканина, фіброретикулярна тканина та невеликі залишки гематоми. Встановлено, що відносна площа кісткової тканини у ділянці дефекту тварин, які отримували перхлорат натрію, була у 1,18 та 1,32 рази меншою в порівнянні з контрольною та 2 групою тварин. На 21 добу в зоні дефекту у щурів контрольної та дослідної груп мало місце формування кісткової тканини, яка з'єднувала краї материнської кістки. Однак у кістковій тканині тварин 1 групи, була погіршена якість кістки за рахунок формування мікротріщин, базofilії цементних ліній, підвищення остеоецінарного остеолізісу, на що вказували розширені з нерівними контурами лакуни остеоцитів.

Отже у групі тварин з модельованим гіпотиреозом терміни формування кісткового регенерату були сповільненими, а його якість погіршена внаслідок вторинної перебудови, що пов'язано з неспроможністю регенерату витримувати навантаження. Комплексне лікування щурів препаратами Йодомарин 100 та Селен активний сприяє перебігу репаративного остеогенезу, характерного для контрольних тварин.

**Федорук О.С.**

## **АНАЛІЗ ТРАНСУРЕТРАЛЬНИХ ОПЕРАТИВНИХ ВТРУЧАНЬ НА ПЕРЕДМІХУРОВІЙ ЗАЛОЗИ**

*Кафедра урології та нейрохірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

У зв'язку із зростанням захворюваності на рак передміхурової залози, актуальність питання діагностики та адекватного оперативного лікування набуває все більшу значимість. Загально визнаним на даний час є те, що трансуретральний оперативний доступ до простати є найбільш фізіологічним та легше переноситься пацієнтами.

На базі центру ендурології м. Чернівці за період з 2017р. по 2018р. проведено 322 трансуретральних оперативних втручання з приводу захворювань простати. Слід відмітити, що за цей період лише в одному випадку проведена відкрита черезміхурова простатектомія у зв'язку з наявністю супутнього вторинного гідроуретеронефрозу з причини субтригонального росту гіперплазії простати великих розмірів.

В залежності від об'єму оперативного втручання їх можна розподілити на наступні групи: трансуретральна тунелізація простати – 7; парціальна трансуретральна резекція простати – 10; субтотальна трансуретральна резекція простати – 105; трансуретральна простатектомія – 190. Після оперативного втручання спостерігали ускладнення у 12 хворих. Рання післяопераційна кровотеча – у 1 хворого, пізня післяопераційна кровотеча – у 4, односторонній орхоепідідиміт – у 5, післяопераційна гостра затримка сечі – у 2. Найменшу кількість післяопераційних ускладнень спостерігали при проведенні трансуретральної простатектомії.

При гістологічному дослідженні післяопераційного матеріалу 322 пацієнтів отримали наступні результати: доброякісна гіперплазія простати виявлена у 263 пацієнтів, рак простати - у 85, склероз простати – у 4. Гістологічна структура пухлини у хворих з раком простати розподілилась наступним чином: світлоклітинна аденокарцинома – 53 випадки, темноклітинна аденокарцинома – 19, рак простати з відсутністю диференціації – 15. Інцидентальний рак передміхурової залози було виявлено у 7 хворих прооперованих з приводу гіперплазії простати. Слід відмітити досить часто поєднання гіперплазії



передміхурової залози та хронічного простатиту (здебільшого гнійно-калькульозного), який при гістологічному дослідженні виявили у 62% хворих.

Отже, у виборі об'єму трансуретральної операції при гіперплазії простати перевагу слід віддавати виконанню трансуретральної простатектомії. Наявність супутнього хронічного простатиту при гіперплазії простати вимагає призначення курсу доопераційної антибактеріальної терапії для запобігання післяопераційних ускладнень запального характеру. У зв'язку із зростанням кількості випадків інцидентального раку простати обов'язковим є доопераційне визначення концентрації простатичного специфічного антигену (маркера раку простати) в плазмі крові у всіх хворих з патологією простати.

**Шутка В.Я.**

## **ОСОБЛИВОСТІ ПРОВЕДЕННЯ ОПЕРАЦІЙ ПРИ РЕЦИДИВАХ КИЛ ПОПЕРЕКОВОГО ВІДДІЛУ ХРЕБТА**

*Кафедра урології та нейрохірургії*

*Вищий державний навчальний заклад України*

*«Буковинський державний медичний університет»*

Рецидивуючі кили поперекового відділу хребта зустрічаються, згідно даних різних авторів, в 3-7% хворих, яким проводилось оперативне лікування видалення кил поперекового відділу хребта, по нашим спостереженням – у 2%.

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей клініки та удосконалення хірургічної тактики з метою покращення результатів лікування. Вивчено 78 випадків рецидиву кил, яким проводилася операція розширеної інтерламінектомії з мікрохірургічною дискектомією на протязі 2008-2018 років. Переважали особи чоловічої статі 5 до 1 в середній віковій групі – від 30 до 59 років. Клінічні ознаки появлялись через 1 – 9 років після первинної операції внаслідок фізичного перевантаження, при безпосередній травмі або падінні. На рівні L3-L4 рецидив був у 8, L4-L5 – у 41, L5-S1 – у 29 пацієнтів. Ведучими симптомами була біль корінцевого характеру з іррадіацією від поперека в ноги, гіпестезії в відповідних дерматомах, парези м'язів, арефлексії, різко виражені симптоми натягу.

Показом до оперативного лікування являлась кореляція клініки та даних додаткових методів обстеження – КТ, МРТ, ЕНМГ та відсутність ефекту медикаментозного лікування. Нами виділено наступні етапи хірургічного лікування рецидивуючих кил: перший – видалення рубцевих тканин і розширення кісткового вікна; якщо попередньо зроблена інтерламінектомія, то виконується геміламінектомія, при попередній геміламінектомії проводиться розширена геміламінектомія, або ламінектомія. У всіх випадках проводиться часткова фасетектомія, яка супроводжується видаленням рубцевої тканини в латеральних відділах кісткового вікна. Важливо пам'ятати, що кила може змістити корінець як медіально, так і латерально, тому маніпуляції повинні бути дуже обережними. Після видалення операційних рубців проводимо розширення кісткового вікна краніально – до незміненої твердої оболонки, а каудально додатково збільшуємо величину фораміномії в латеральному рецесусі. Другий етап – ідентифікація та мобілізація нервового корінця, проводимо менінгеоліз та радікулоліз, при наявності вентральних зрощень твердої мозкової оболонки з рубцями не потрібно проявляти активність, так як велика небезпека перфорації твердої мозкової оболонки.

Таким чином, у даних оперативних втручаннях важливо використовувати легкі ощадні маніпуляції при роботі з оболонкою та корінцем для уникнення післяопераційних стійких больових синдромів. Третій етап – зміщення мобілізованого корінця та видалення рецидиву кили.